

被保険者番号										
被保険者氏名										
申請日	年			月			日			

同 意 欄	
<p>介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、秦野市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、秦野市から地域高齢者支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、地域密着型サービス事業所、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。</p>	
被保険者氏名	_____
代筆者氏名	_____

【提出先】 秦野市役所 高齢介護課 介護保険担当（認定）
〒257-8501 秦野市桜町1丁目3番2号
電話番号 0463-82-9616（直通）